Aus dem Städtischen Krankenhaus Linden, Hannover
(Haut- und Geschlechtskrankheiten)
Direktor: Prof. Dr. Stümpke

Pyodermia chronica

(Staphylococcosis chronica cutis)

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität Hamburg

vorgelegt von

RUDOLF ALBERT
aus Veitshöchheim

1939

Berichterstatter: Prof. Dr. Mulzer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität Hamburg

Dissertationsdruck A. Preilipper, Hamburg 11, Admiralitätsstr. 16 - Ruf: 36 50 89.

Die Bezeichnung „Pyodermie", schreibt Hagen in der Dermatologischen Wochenschrift, wird in der Literatur nicht einheitlich gebraucht.

In manchen Büchern (Ehrmann, 5. Auflage von Riecke, Lesser, Finger, Kromayer) findet sich das Wort Pyodermie überhaupt nicht.

Einige Autoren, unter ihnen Joseph, verstehen darunter nur die infolge Kratzens oder Hineinreibens von Staphylococcen in die Follikel entstehenden Sekundärinfektionen bei Scabies.

Wieder andere Verfasser (Darier, Wolff-Mulzer) definieren sie als akute Entzündungen der Haut infolge Eiterkokken.

Wir verstehen mit Zieler unter Pyodermien nicht nur akute, sondern alle diejenigen eitrigen Erkrankungen der Haut, die durch unmittelbar von außen (oder von innen) in die Haut eingedrungene Streptokokken oder Staphylokokken hervorgerufen werden.

Nicht unter den Begriff „Pyodermie" fallen demnach Hauteiterungen, die durch andere als oben genannte Krankheitserreger oder durch chemische Schädigungen bedingt sind.

Pyordermien kommen bekanntlich sehr häufig vor und P-M. B. Paschkow, S. Schadkaratz und W. Feldmann geben in ihrer Arbeit: „Die Rolle kleiner Traumen in der Entstehung der Pyodermien im Maschinenbaugewerbe" an, daß kleine und kleinste Epithelverletzungen in etwa 12,2% zu Pyodermitiden führen.

Pyodermien bilden also, wenigstens in ihrem akuten Verlauf, an sich nichts Bemerkenswertes.

Ihre Formen sind sehr verschiedenartig, je nach dem Weg: Haarbalg, Schweißdrüse, Epidermis und je nach der Schicht: Epidermis, Kutis oder Subkutis, in der die Infektion sich hauptsächlich entwickelt. Es kann sich um einfache, oberflächliche Abszesse handeln, es können gelegentlich Effloreszenzen auftreten, die in die Gruppe der Impetigo eingereiht werden, es können ausgesprochene Follikeleiterungen vorhanden sein, wie das z. B. bei der Bartflechte (Sycosis coccogenes) der Fall ist. Wiederum andere Erscheinungen können sich als Phlegmonen der Haut kennzeichnen, bei welchen Prozessen sich der pathologisch-anatomische Vorgang sehr viel mehr in die Tiefe des Unterhautzellgewebes erstreckt. Und endlich können sich derartige Vorgänge auch schon einmal oder häufiger als Erysipel oder Furunkulose darstellen.

Man wird sagen dürfen, daß im allgemeinen derartige pyodermische Prozesse, abgesehen von Erysipel oder Furunkulose und vielleicht Fällen

von Acne vulgaris und Sycosis vulgaris, verhältnismäßig kurze Zeit dauern und dann im Verlaufe weniger Wochen oder Monate zur Abheilung gelangen; dienten doch nach Tschernoguboff die pyogenen Infektionen bis jetzt nach allgemeiner Anschauung als Musterbeispiele für akute Entzündungsprozesse.

Wenn man die Literatur durchsieht, kann man feststellen, daß im allgemeinen nur wenig Fälle beschrieben sind, bei denen sich chronische pyodermische Prozesse über Jahre erstrecken. Zu einem nicht geringen Teil mag das auch an der manchmal nicht gerade leichten differentialdiagnostischen Erkennung des Krankheitsbildes liegen. Beklagt doch Kumer, daß eben wegen der zuweilen schwierigen Abgrenzung gegen Lues, Tuberkulosis verrucosa cutis, Blastomykose, Bromoderma, Epitheliom, Kerion Celsi, Sporotrichose, Ecthyma terebrans und einigen tropischen Krankheiten usw. die chronische Pyodermie noch nicht ganz jene Beachtung gefunden hat, die ihrer relativen Häufigkeit entspricht.

So schildert A. v. Verbizier in den Annales da Dermatologie et Syphiligraphie einen Fall von therapieresistenter, chronischer Pyodermie, wo erst nach wiederholten bakteriologischen Untersuchungen in den Furunkeln die auslösenden Di-Bazillen gefunden wurden.

Ich bringe nun aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur einige derartige Fälle, die offenbar sehr hartnäckig sind.

Actas dermosifiliograficas
Juan de Azua
Pyodermitis vegetans postimpetiginosa

Im Anschluß an eine artefizielle Dermatitis der Haut bildeten sich bei einem 54jährigen Manne am Handrücken Phlyktänen, die austrockneten und sich mit einer Kruste bedeckten. An der Peripherie dieser Krusten bildeten sich wieder neue Phlyktänen und an der Stelle der alten entstanden in ein bis drei Monaten papillomatöse Wucherungen. Ähnliche Läsionen bildeten sich, wahrscheinlich durch Autoinokulation, am Fuße.

Mikroskopisch bestanden die Wucherungen aus Plasmazellen, Bindegewebszellen und Leukozyteninfiltration. Diese Zellinfiltration drängte die Papillen mit dem daranlagernden Corpus mucosum nach der freien Hautoberfläche, ohne daß es aber zu einer Hypertrophie des Papillarkörpers kam. Follikelzysten und Haarbalgdrüsen waren in dem Präparat nicht vorhanden.

Actas dermosifiliograficas
Bejarano, I. und I. G. Orbaneja
Pyodermia chronica Azua

39jähriger Mann mit zwei typischen Herden am äußeren Knöchel und vier Herden auf dem Rücken. Staphylococcus aureus. Staphylococcenimpfstoffreaktion: +++. Umschläge mit $CuSO_4$-Lösung 1‰ bringen Heilung.

33jähriger Mann. Herde an Kopf, Händen und Beinen. Kultur ergab Staphylococcus aureus. Histologisch zeigte sich Atrophie der oberen

Schichten der Haut, Plasmazelleninfiltration, stellenweise stärkere Anhäufung von polynukleären Leukozyten (Abszeßbildung). Mächtige Gefäßverbreiterung mit Verdickung besonders der Intima (Gesicht). Hand: Akanthose. Störung der Basalzellenschicht, die bis in die tiefen Schichten hineinreicht. Auch hier kleine polynukleäre Leukozytenanhäufungen (Mikroabszesse). Hautveränderung: Wucherung, Hauthörner in der akanthotischen Epidermis, starke Infiltration. Behandlung wie oben.

Mittelasiatische Gesellschaft für Dermatologie zu Taschkent
Ternowenko, K.
Pyodermia chronica serpiginosa

28jährige Kazake. An der linken Hand unregelmäßig geformte Geschwüre mit Wucherungen an der Peripherie. Am linken Vorderarm bohnengroße, rote, harte Knoten längs der Vena cephalica. Die Haut zwischen den Knoten ist unverändert. Histologischer Befund ergab das Bild einer proliferativen Entzündung.

Archiv für Dermatologie und Syphilis
Kogoi, Fr. Zogreb
Beitrag zur Frage der chronischen Pyodermie

Bei einem 20jährigen Handlungsgehilfen wird ein gleichzeitiges Auftreten akuter bis subchronischer Prozesse beobachtet, die mehr oder weniger pyogene Erkrankungen der Haut darstellen. Mit einer jahrealten Blepharitis beginnend kam es zu einer Sycosis simplex barbä, einer ebensolchen des Kapillitiums, ferner zu staphylodermia follikularis superficialis trunci et extremitatum, einer Acne conglobata pectoris, schließlich zu einer Pyodermia chronica serpiginosa-cicatricans-fistulosa regionis genitalis et perigenitalis. In allen Erkrankungsformen wurden regelmäßig Staphylococcus aureus gefunden. Die Verschiedenheit der Erkrankungsformen ist — nach Ansicht des Verfassers — bedingt durch die Art der Lokalisation und durch zeitlich sich ändernde allergische Zustände.

Dermatologische Wochenschrift
Haxthausen, H.
Pyodermia chronica

Die seit über einem Jahr bei der 32jährigen Frau bestehenden Herde erinnern an kolliquative Tuberkulide.

Die histologische und bakteriologische Untersuchung lassen eine chr. Staphylokokkeninfektion als Wahrscheinlichkeitsdiagnose erkennen.

Revue francaise de Dermatologie et de Venereologie
Danel, L.
Un cas de pyodermite vegetante de Hallopeau avec terminais on mortelle (Ein Fall von Pyodermitis vegetans Hallopeau mit tödlichem Ausgang)

Bei einer 54jährigen Frau begann die Erkrankung ohne Trauma oder sonstige bekannte Ursache in der linken Schenkelbeuge, um im Laufe mehrerer Monate die ganze Genitalgegend und die umliegenden Teile zu befallen. Etwa $^3/_4$ Jahr nach Beginn bestand ein großer Krankheitsherd von etwa 30 cm Durchmesser. Das Gebiet zeigt papillomatöse Wucherungen, ähnlich denen der hypotrophen Schleimhautplaques, nur

sind sie dunkler, trockener und tragen kleine Vertiefungen. In der Pubesgegend sind die Wucherungen durch tiefe Furchen getrennt. Histologisch peripiläre Pusteln mit miliaren intradermoidalen Abszessen, ähnlich wie bei der Sycosis. Trotzdem die ersten Herde durch Rö.-Strahlen gut beeinflußt wurden, traten doch nach vorübergehender Besserung auch an anderen Körperstellen die gleichen Krankheitsherde auf. Das trotz des Fortschreitens der Hauterkrankung jahrelang gute Wohlbefinden begann sich ab 3. Jahr nach Krankheitsbeginn, in dem die Krankheit so gut wie universell wurde, so daß nur wenig gesunde Hautpartien zu finden waren, relativ schnell zu verschlechtern, um schließlich letal zu enden.

Sowetskij westnik Venerologii et Dermatologii
Iwanow, J. Ufa
Ein Fall von chronischer ausgebreiteter Pyodermie

Am ganzen Körper wurden krustenbedeckte,eiterabsondernde Herde von wechselnder Größe gefunden. In Kulturen Streptococcus und Staphylococcus hämolyticus gefunden.

Russkij westnik Dermatologij
Kusnetz, Kiew
Pyodermia chronica serpiginosa

Beschreibung von zwei eigenen Beobachtungen.

24jähriges Mädchen mit ulcerösen Affektionen an beiden Beinen. Die Ränder der Geschwüre sind unterminiert, infiltriert und ragen über das Hautniveau hervor. Pirquet +, WaR —. Die Kulturen ergaben stets gramnegative Bazillen.

21jähriger Junge, in schlechtem E. Z. und K. Z. Kleine Abszesse an beiden Unterextremitäten. Pirquet ebenfalls +, WaR —. Aus allen Abszessen konnte der Staphylococcus pyogenes aureus gefunden werden.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia
Marcozzi, A., Pisa
Pyodermite chronica ulcerosa vegetante della gambe
(Chronische Pyodermie mit Verschwärungen und Wucherungen an den Beinen)

Der Fall war verbunden mit symmetrischer Periostitis der Unterschenkelknochen. Als Ursache der Haut und Knochenerkrankung wird ein Staphylokokkus vom Verfasser angesehen, nach dem sich das gesamte Krankheitsbild und die Chronizität des Prozesses aus der veränderten pathogenetischen Kraft der Erreger erklären.

Dermatologische Wochenschrift
Zurhelle, E. und M. Kuiter, Groningen
Pyodermia gangränosa

Bericht über eine Patientin, bei der eine chronische, serpiginöse, zu flächenhaften Narben führende Pyodermie sich an die Entfernung eines tuberkulösen Knochenherdes der linken Ulna anschloß. In dem, in der linken Schulterpartie sich weit ausdehnenden Prozeß fand sich niemals ein Anhalt für Tbc. Das Vorkommen papillärer Wucherungen in Verbindung mit Ulcerationen, die jahrelange Hartnäckigkeit und Ver-

schlimmerung auf Jodkali sprachen für Pyodermie. Histologisch kam das Vorhandensein von Oedem in der Kutis hinzu. Bakteriologisch wurden hämolytische Streptokokken, Proteus und Pyocyaneus nachgewiesen. Beim Kaninchen ließen sich die Pyodermien auch in der papillären Form experimentell erzeugen.

Archives of Dermatology and Syphilology
Lane, C. und C. Strond
Pyodermia gangränosa

41jährige Patientin mit stark + WaR, mehrfachen Aborten, zeigt ausgedehnte Ulcerationen der Haut, die Verfasser klinisch nicht für luetisch halten. Da die Patientin an chronischer Gallenblasenentzündung und chronischer Cystitis leidet, nehmen Verfasser die Erreger dieser chr. Entzündungsprozesse auch für die Erreger der Ulcera. Nach Entfernung der Gallenblase und Desinfektion der Harnwege heilen auch die Ulcera. Patientin stirbt, da sie die Nahrungsaufnahme verweigert.

Dermatologische Wochenschrift
Borzow, Uzbekistan, Dermat-Venerol. Inst.
Pyodermia chronica vegetans

36jähriger Öler, der in der Naphthaindustrie arbeitet. Am Handrücken zwei symmetrisch liegende, große Herde von warzenförmigen Wucherungen. An ihrer Peripherie violettumsäumte Pusteln. Die Aussaat ergab reine Staphylococcus areus-albus-Kulturen.

Dermatologische Wochenschrift
Christiansen, Sv.
Pyodermia chronica

45jährige Frau hat seit zwei Jahren polycyclische Ulcerationen mit pustelbedeckten unterminierten Rändern auf beiden Beinen. Später Ausbreitung der Herde über den ganzen Körper. Exitus vier Monate darauf. Autopsie ergab keine aetiologischen Anhaltspunkte.

Dermatologische Wochenschrift
G. A. Glaubersohn, Kiew
Pyodermia chronica ulcerosa

20jähriges Mädchen. Seit neun Jahren Geschwüre in wechselnder Folge und Lokalisation. An Brust und Oberextremitäten zahlreiche Narben. Brust und Rücken ausgedehnte Acne vulgaris. Am linken Unterschenkel fünf Ulcera von verschiedener Größe. Innere Organe o. B. bis auf Apizitis dextra, Neurosis cordis. Blut: Ery: 3 650 000, Leuko: 10 800, Hb nach Sahli 60%, Färbeindex etwa 1. Leuko: Segm. Neutro: 69%, Stäbchenförmige 4%, Lympho: 20%, Mono: 4%, Eos 3%. Bakterioskop. Untersuchung der Geschwürausstriche: Staphylokokken. Auf Agar-Agar und Löfflerschem Nährboden Staphylococcus albus. Tierversuch negativ. Blutaussaat auf Bouillon steril. Histologie: Epithel an Geschwürsgrenze verdickt. Unbedeutende Hyperkeratose . Verdicktes Stratum Malpighii birgt perinucleäre Vakuolen. Ausgeprägte Papillen. In Stratum papillare und reticulare viele erweiterte Kapillaren, diffuse dichte kleinzellige Infiltration mit zahlreichen Fibroplasten und Epitheloidzellen. Röntgenuntersuchung:

Verdickung und unbedeutende Vergrößerung des Knochenfeldes der Tibia und Fibula, letzterer besonders und ist wohl von Periostwucherung und Ossifikation abhängig. Knochenmark und Periost sonst im ganzen Verlauf o. B. Knochenaffektion ist nach Ansicht des Rö.-Arztes auf chr. Intoxikation der Knochensubstanz zurückzuführen, die zu einer reaktiven Hyperproduktion des Periostes führte.

Bulletin de la Societée de Dermatologie et Syphiligraphie francaise
Milian, G.
Pyodermite vegetante (Maladie de Hallopeau)
Pyodermitis vegetans, Hallopeau'sche Krankheit

Seit vielen Jahren bestehende Herde, die, sehr ausgedehnt, mit Krusten bedeckt sind und auf Druck kleine Eitertröpfchen entleeren. In der Peripherie hie und da Pustelchen. Behandlung ohne Erfolg. Mikroskopisch zahlreiche Diplokokken und Staphylokokken und Leptothrix buccalis. In Kulturen Staphylokokken und B. cutis communis. Sabouraud hält den Fall für ein typisches Beispiel der von ihm beschriebenen Sycosis unbehaarter Stellen.

Bulletin de la Societée Francaise de Dermatologie et Syphiligraphie
Milian, G. und Kitchevatz
Pyodermite papillomateuse et verruceuse traumatique à staphylocoques
Traumatische papillomatöse und verruköse Pyodermie mit Staphyloc.

Im Verlaufe einer Verletzung an der Hand entwickelte sich eine papillomatöse, verruköse, im Zentrum in Rückbildung begriffene, am Rande fortschreitende Plaque. Auf Druck lassen sich geringe Mengen eines bräunlichen, viscösen Eiters exprimieren. Kleine, stecknadelkopfgroße, bläuliche papilläre Wucherungen in der Umgebung lassen an Tbc. verrucosa cutis denken; doch hat sich die Affektion innerhalb weniger Wochen rasch entwickelt. Keine Pilze. Histologischer Befund — Epitheldefekte, dichte Rundzelleninfiltration, stärkere stellenweise Akanthose, erweiterte Blutgefäße, erhaltene Elastica — spricht für Pyodermie.

Wiener dermatologische Gesellschaft. Sitzung v. 10. XII. 1925.
Kumer
Chronische Pyodermie

53jähriger Mann mit typischer Acne vulgaris. An beiden Vorderarmen und Oberschenkeln über walnußgroße, blaurot verfärbte, sich weich anfühlende Herde, die stellenweise confluieren, an der Oberfläche mit Fisteln durchsetzt sind und auf Druck Eiter und talgartige Massen entleeren. Abheilung mit gitterartigen Narben. Histologisch: Unspezifische Entzündung. Es handelt sich um eine chronische Pyodermie.

Archiv für Dermatologie und Syphilis
Tschernoguboff, Hautklinik, Moskau
Zur Frage der chronischen Pyordermie. (Ein Fall v. chr. vegetierender Pyodermie)

Fabrikarbeiter. Seit Kindheit chronisches, impetiginöses und nässendes Ekzem der behaarten Teile des Kopfes, der Oberlippe und Wangen das sich schließlich über das ganze Gesicht ausbreitet. An Rumpf und Extremitäten follikuläre Knötchen und Pusteln, größere Knötchen mit

glatter oder unebener Oberfläche, weiche Infiltrate mit granulierter und manchmal warziger Oberfläche, weniger tiefe Abszesse und schließlich zahlreiche scharf abgesetzte Narben. Histologie: Neben den Zeichen einer akuten eitrigen Entzündung auch typisches Granulom mit zahlreichen Riesenzellen. Als Ursache der eigenartigen Kombination chronischer mit banaler Entzündung nimmt Verfasser eine spezifische Eigenart des pyogenen Erregers an.

Medizinische Klinik
Riecke, Göttingen
Über chronische Pyodermien

Mitteilung zweier einschlägiger Beobachtungen, welche übereinstimmend in den Erscheinungen durch follikuläre Knötchen und Pusteln, Komedonen, Doppelkomedonen und Komedonarben, unregelmäßig geformte Protuberanzen, teils derbe Narben, teils Abszedierungen sich charakterisieren. Das Bemerkenswerteste ist das Vorhandensein von kutan-subkutanen fistulösen Gängen, die sich an die follikulären Eiterungen anschließen. Histologisch Lymphozyteninfiltrate, Riesenzellen. Bakteriologisch Staphylokokken neben Streptokokken.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Grütz, Kiel
Pyodermia chronica vegetans

Verfasser beschreibt einen Fall, der anscheinend traumatischer Genese ist. Beginn mit Eiterpusteln am rechten Fuß. In der Folge Ausbreitung der Eiterungen an sämtlichen Körperstellen, die bis jetzt bestanden.

Dermatologische Wochenschrift
Dr. Hagen
Über Pyodermia superficialis (erosiva) chronica

1. 58jähriger Berginvalide. Beginn vor vier Jahren mit einer wunden Stelle an rechter Kopfseite. Zur Zeit noch Herde am Oberkörper und in der Unterbauchgegend. Es handelt sich um einen Mann in schlechtem E. und K. Z. Sehr blass. Innere Organe o. B. Auf rechter Kopfseite sehr ausgedehnte, zusammenhängende erodierte Fläche. Starke Absonderung. Frisches Aussehen. Ähnliche Herde auf rechter Brustseite und unterhalb der linken Achselhöhle. WaR —, MTR —. Blutbild o. B. Urin o. B. Bakt.: Im direkten Ausstrich zahlreiche Leuko, keine Keime. Blutkultur: steril. Kultur: Staphylococcus aureus hämolyticus. Histologisch: Bei Kresylviolettfärbung in der Epidermis an mehreren Stellen vereinzelte Kokken. Schwere Heilung. Rezidive.

2. 21jähriges Mädchen. Vor vier Jahren Entzündung an rechter Hand. Auftreten von Eiterblasen an verschiedenen Körperstellen. Sensibles Mädchen in sehr schlechtem E. und K. Z. Innere Organe o. B. An rechter Schulter, Brust und oberer Rückenhälfte ein mit dicken Krusten bedeckter Herd. Darunter eine erodierte Fläche mit serös-eitriger Sekretion. Am Rande der Erosion besonders finden sich Pusteln. Am übrigen Körper zahlreiche pigmentierte Narben. Genitale: o. B. Keine Drüsenschwellungen. Keine Anzeichen für Lues cong. oderacquisita. Urin: S: o. B. Alb +, Esbach 1—2‰. Sediment o. B. RR 110/80.

Blut: Ery: 3 400 000, Leuko 22 000, Hb 65%, Blutbild: Neutr. 62%, Eos 1%, Lympho 37%, bakt. Befund: direkter Ausstrich: gramnegative Kokken. Kultur: Staphylococcus hämolyticus aureus. Blutkultur —, WaR ++++, MTR ++++, SGK +++. Trotz intensiver antiluetischer Behandlung keine Änderung. Epidermis und Kutis von Leuko- und Lymphozyten, besonders in Nähe der Kutiskapillaren, durchsetzt. Stellenweise fehlt das Epithel fast völlig (Erosionen). Keratohyalinschicht nur noch angedeutet. Schwere Heilung mit Rezidiven. Urin, WaR und serologische Proben unverändert.

3. 19jähriger Arbeiter. Erkrankung seit dem ersten Lebensjahr. Schlechter E. und K. Z. Innere Organe o. B. Auf linker Kopfseite reizlose Narbe. Auf Scheitel teils ulcerierter, teils erodierter Herd, mit schlechter Granulation und zähem, schmierig-eitrigem Sekret. Auf rechter Kopfseite Haut ebenfalls haarlos und von erweiterten Blutgefäßen durchsetzt. Im Bereich dieser Stelle an Schläfe, Stirn, Wangengegend mehrere Erosionen von verschiedener Größe und Ulcerationen mit z. T. erhabenen, bogigen Rändern. Urin o. B. WaR —, MTR —. Heilung.

4. 45jähriger Handarbeiter, der 1916 in einen Schuhnagel tritt. Starke Anschwellung des rechten Beines. Zweimal operiert. Haut blieb an mehreren Stellen offen. 1919 ausgedehnte Geschwüre an rechtem Ober- und Unterschenkel. Desgleichen 1923. Ausgedehnte Geschwüre an beiden Beinen. Bettlägerig. Wegen seines Hautleidens vom 1. 1. 1923 bis 16. 12. 25 Vollrente. Dann wegen angeblicher Heilung entzogen. Zur Begutachtung in die Klinik. Innere Organe o. B. Kein Zeichen für Nervenkrankheit. Narben, die fast die ganze rechte Unterextremität bedecken. In Unterschenkelmitte nur noch linsengroßes, flaches, nässendes Geschwürchen. Ebenfalls große Narben am linken Unter- und Oberschenkel. In Nähe des linken äußeren Knöchels zwei gleiche, zusammenhängende Geschwürchen. Urin o. B. Serologische Proben o. B.

Es handelt sich nach Ansicht des Verfassers um einen ausgedehnten chronischen Prozeß, der nur noch in der Kutis verlief. Die Erkrankung ist abgeklungen.

Dermatologische Wochenschrift
Dr. Leo Kumer
Über Pyodermia chronica papillaris et exulcerans

35jähriger Hilfsarbeiter. Vor einem Jahr Scabies, danach angeblich Beginn der derzeitigen Erkrankung. Am linken Handrücken erhabener Herd. Auf der Oberfläche papilläre, rötliche Wucherungen; auf Druck entleert sich gelblich-brauner, z. T. blutiger Eiter. Keine Drüsenschwellungen. Auf Behandlung nach sechs Wochen Heilung. Histologisch: Stellenweise mächtige Verdickung der Hornschicht, stellenweise Parakeratose. Die stark ausgeprägten Reteleisten reichen tief in die Kutis, verzweigen sich hirschgeweihartig und treten miteinander in Verbindung. Wucherung der Epidermis in der Follikelgegend. Hier zystische Hohlräume, die Hornlamellen und polynucleäre Leuko bergen. In der Kutis diffuses Infiltrat von Rund- und Plasmazellen. Reiche Vaskularisation. Einzelne Gefäße mächtig erweitert.

2. 60jährige Frau. Beginn vor zwölf Wochen angeblich im Anschluß an eine Brandwunde. Am linken Handrücken entzündlicher Herd mit papillären Wucherungen besetzt. Auf Druck entleert sich dickflüssiger Eiter. Keine Drüsenschwellung oder Bewegungseinschränkung. Histologie: Ähnlichkeit mit einem Papillom. Hornschicht stark verbreitert. Mäßige Akanthose und Spongiose. Von der Epidermis ziehen mächtige Epithelstränge in die Tiefe. Die erweiterten Follikeltrichter kommunizieren und sind zum großen Teil mit Hornmassen gefüllt. In der Kutis Rund- und Plasmazelleninfiltrate. Ganz vereinzelte Riesenzellen. An einer Stelle Ansammlung polynucleärer Leukozyten (Abszeßbildung). Die Wand der Arterien ist verdickt, das Epithel weit ins Lumen vorspringend.

3. 53jähriger Industriemaler. Vor zwei Monaten „Furunkel" in der linken Gesäßgegend; bald darauf ein ähnlicher Herd über der Tibia. Linkes Gesäß zeigt handtellergroßen, rötlichen, erhabenen Herd, aus dessen Fistelöffnungen auf Druck sich dickflüssiger, blutiger Eiter entleert. Über der rechten Tibia ähnlicher Herd. Mäßige Acne an typischer Stelle. Wiederholte Rezidive. Abheilung mit z. T. verstrickter Narbenbildung. Histologie wie oben.

4. 57jähriger Hilfsarbeiter. Beginn der Erkrankung mit Rötung und Schwellung über dem rechten Handgelenk. Auftreten von rasch aufschießenden Knötchen, die später Eiter entleeren. Ausbreitung an der Beugeseite des Armes. Viele Herde am übrigen Körper. Alle Veränderungen zeigen den gleichen Typ. 1 bis 2 cm erhabene, entzündlichrote, mit schmierigen Massen bedeckte Erhabenheiten. Auf Druck entleert sich Eiter. Histologie wie oben.

5. 33jähriger Hilfsarbeiter. Ersterkrankung 1916. Jetzige Herde seit vier bis sechs Wochen. Insgesamt fünf Herde von gleicher Größe und Beschaffenheit. An der Innenseite des Handgelenkes, am linken unteren Schulterblattwinkel, in der rechten Inguinalgegend, in der linken Kniebeuge und an der Vorderseite des linken Unterschenkels. Die Ränder der bläulich gefärbten Herde springen wallartig vor. Die Oberfläche der Herde ist eben, zeigt papilläre Wucherungen und entleert auf Druck gelbgrünlichen Eiter. Keine Drüsenschwellungen. Histologie: Stellenweise ist dieHornschicht verbreitert und zeigt Parakeratose. Die erweiterten Folikelräume wachsen in der Tiefe zu hornlamellenerfüllten Hohlräumen aus. Kutisgefäße erweitert. Dichtes Rund- und Plamazelleninfiltrat. Spärliche Riesenzellen atypischer Art. Bedeutende Bindegewebswucherung. Heilung.

6. 59jähriger Landarbeiter. Beginn der Erkrankung vor drei Jahren. Ergiffen ist der ganze Unterarm rechts. Abheilung zum Oberarm, Fortschreiten zum Handgelenk. Linsengroße, flache Knötchen, die z. T. einschmelzen, z. T. größer werden. Auf Druck kommt Eiter, dann weißgraue, breiige Massen. Die Knoten confluieren vielfach. Unter essigsaurer Tonerde Heilung der einzelnen Knotenschübe, jedoch Neigung zu ständigen Rezidiven. Histologie: Mäßig verbreiterte Hornschicht, sich stellenweise in Lamellen ablösend, z. T. parakeratotisch. Mächtig erweiterte Follikel, mit Hornlamellen erfüllt. In der Kutis starke Erweiterung der Gefäße, Anhäufung von Rund- und Plasmazellen. Reich-

liche Blutungen. Das Infiltrat reicht stellenweise bis in die Schweißdrüsenzone.

7. 61jähriger Vertreter. Vor zehn Jahren wegen Ekzem behandelt. Psoriasis! Seit zwei Monaten Eiterpusteln in der Hodengegend.

8. 49jähriger landwirtschaftlicher Arbeiter. Beginn der Erkrankung vor vier Monaten. Am ganzen Körper findet man mehrere Dutzend zerstreut angeordneter Herde, die am dichtesten in der Kreuzbeingegend und Bandfurche angeordnet sind.

9. 48jähriger Kutscher. Die Erkrankung des rechten Beines begann vor sechs Monaten mit einem kleinen, entzündlichen Knötchen. Allmählich traten immer mehr Knoten auf. Auch die Entzündungserscheinungen nahmen zu, was Patient auf den Umstand zurückführt, daß er zur selben Zeit bei Kanalarbeiten großer Feuchtigkeit ausgesetzt war.

Histologie von Fall 7, 8, 9 wie oben.

Die bei allen Fällen angestellten Untersuchungen in bakteriologischer, serologischer und kultureller Hinsicht ergaben kein ätiologisch klares Bild.

Dermatologische Zeitschrift
E. Zurhelle und I. Klein
Chronische vegetierende und ulcerierende Pyodermien mit serpiginösem ***Fortschreiten und flächenhafter Narbenbildung***
(Pyodermia papillaris et exulcerans)

1. 57jähriger Schmied. Beginn vor etwa acht Wochen mit einem sich ständig vergrößernden Ausschlag auf beiden Handrücken im Anschluß an eine unbedeutende Verbrennung. Die Hände schwollen an und zeigten entzündliche Rötung. Es bildeten sich Herde aus denen sich eitriges Sekret entleerte.

Mann in gutem E. und K. Z. Innere Organe o. B.

Haut: Auf beiden Handrücken stark infiltrierte, dunkelrote, mit serpiginöser Begrenzung fortschreitende Herde von Handtellergröße. Entzündliche Lymphangitis. Schmerzhafte Drüsenschwellung. Kein Fieber. Histologisch: Rundzelleninfiltrate mit reichlichen Plasmazellen. Keine Riesenzellen. Erweiterte Lymphräume. Spongiose. In den Gewebsschnitten kein Erreger.

2. 62jähriger Maurer. Seit zehn Wochen Ausschlag im Gesicht, am Hals, Nacken und an den Händen. Beginn mit Ekzem am rechten Ohr. Rö.-Bestrahlung. Nach drei Wochen im Gesicht Knotenbildung, die auf die Hände übergriff. Schlechter E. und K. Z. Innere Organe o. B. Linke Wange zeigt krustenbedeckte Infiltration, die auf Druck Eiter entleert. Am Nacken und Halse zahlreiche Follikulitiden. Auf beiden Handrücken serpiginös begrenzte Infiltration und Schwellung, aus der sich auf Druck ebenfalls Eiter entleert. Keine schmerzhaften Drüsenschwellungen. WaR-Blutbild o. B. Differentialleukobild bis auf 7% Eos o. B. Mikroskopisch keine Erreger. Kultur: Staphylokokken. Heilung.

Histologie: Fast ausschließlich Plasmazelleninfiltration. Nur selten tuberkuloide Bildungen mit epitheloiden Zellen und gehäuften Riesenzellen knötchenförmig inmitten des übrigen Rundzellengranuloms. Im

Bereiche der Infiltrate fehlen die elastischen Fasern. Talg- und Schweißdrüsen finden sich nicht.

3. 58jähriger Landwirt im guten E. und K. Z. Innere Organe o. B. 1920 Verletzung beim Pflaumenpflücken. Heilung der Verletzung auf dem rechten Handrücken, während der Herd am linken Handrücken, sowie am rechten Ringfinger sich verschlimmerte.

Haut: Auf linkem Handrücken krustenbedeckter Herd. Nach Abweichung tritt eine von vielen Fisteln siebförmig durchlöcherte Ulceration zutage. Grundglied des rechten Fingers furunkelähnlicher Knoten ohne deutliche Fluktuation. WaR —, Pirquet —, Kultur: Strepto- und Staphylokokken. Sabouraudkultur —. Tierversuch: Rattenimpfung auf Sporotrichose —. Urin S o. B., A: (Esbach: 1/4‰)+, Sediment vereinzelte Leukozyten, Epithelien und Bakterien.

Histologie: Unregelmäßige Epidermiswucherungen, Verbreiterung der Retezapfen. Bildung inter- und intrazellulärer Vakuolen. Schweiß- und Talgdrüsen fehlen.

4. 54jähriger Taglöhner. Mäßiger E. und K. Z. Innere Organe o. B. Beginn der Erkrankung vor einigen Jahren. Befallen sind beide Schläfen, Wangen und seit etwa drei Wochen auch der linke Mittelfinger. Es handelt sich um Gruppen einzelstehender Pusteln, fistelnde, borkenbedeckte kleine Ulcera, die ein unterminierendes Wachstum erkennen lassen. Drüsen wenig geschwollen. Nicht druckschmerzhaft. WaR —. Urin o. B. Pirquet schwach +. Blutbefund: o. B. Blutbild ebenfalls der Norm entsprechend. Tierimpfung auf Sporotrichose und Tbc. —. Kulturell Staphylokokken.

Histologie: Unregelmäßig gewucherte Epidermismassen, stellenweise mit eitriger Einschmelzung. An diesen Stellen fehlen die Epidermiszellen, so daß eine direkte Verbindung des eitrigdurchsetzen Kutisgewebes mit den darüber liegenden krustösen Massen besteht. Starke Plasmazelleninfiltrationen, die von erweiterten Lymphräumen durchzogen sind. Keine Schweiß- und Talgdrüsen.

Heilung mit feiner Narbenbildung. Komplementablenkung mit Leukogen +.

5. 59jähriger Holzfäller in mäßigem E. und K. Z. Innere Organe und Nervensystem o. B. Beginn der Erkrankung 1913. Über den ganzen Körper verstreut finden sich krustöse Herde mannigfacher Größe, von der hanfkorngroßen Eiterpustel bis zum talergroßen furunkelähnlichen Knoten. Die meisten dieser Knoten sind im Zentrum ulceriert und von gelben, übelriechenden Krusten bedeckt. Daneben finden sich noch flache, eitrig belegte Ulcera. WaR —, Pirquet —, Trichophytinreaktion negativ. Impfungen: Ratte auf Sporotrichose, Meerschweinchen auf Tbc. —. Kultur: Reinkultur von Staphylokokken. Heilung.

Histologie: Hochgradige Wucherung der Retezapfen. Plasmazelleninfiltrate. Stark erweiterte, leere Lymphräume. Bakterien können nicht nachgewiesen werden. Elastische Fasern fehlen im Bereiche der Infiltrate. Die vorhandenen Schweißdrüsen sind in starken Plasmazelleninfiltraten eingebettet. Talgdrüsen fehlen.

Im Bereiche der fistelnden Eitergänge zahlreiche Bakterien, darunter Streptokokken. In den übrigen Teilen des Präparates keine Erreger.

6. 51jähriger Arbeiter, der seit 6. Lebensjahr an Ektropium beider Unterlider leidet. Seit 21. Lebensjahr Bartflechte, die immer wieder rezidivierte. Von 1919 bis 1923 andauernd Eiterungen am ganzen Körper. Es handelt sich um einen Mann in sehr schlechtem E. und K. Z. Innere Organe o. B. Am linken Ohr, linker Wange und Gesäßbacke, am After, rechtem Schulterblatt und beiden Unterextremitäten finden sich verschieden große, gerötete und mit Krusten bedeckte Herde. Sie sind mit Fisteln durchsetzt und entleeren auf Druck reichlich eitriges Sekret. Drüsen nicht druckschmerzhaft.

Mikroskopisch zeigt der Eiter reichlich Leukozyten und Detritus, sowie vereinzelt grampositive Kokken.

Pirquet +, WaR —. Aus einem geschlossenen Herd auf Ascitesagar und Serumbouillon hämolytische Streptokokken. Auf Sabouraudschem Nährboden negativ. Meerschweinchen und Rattenimpfung —. Heilung.

Histologie: Stellenweise Epidermiszapfen verbreitert und miteinander verschmolzen, an einigen Stellen in die Tiefe gewachsen. Soweit es sich nicht gerade um die eitrige Entzündung der Perforationsstelle der Epidermis handelt, bestehen die sehr starken Infiltrate aus Plasmazellen, an einigen Stellen bis zu fünf Riesenzellen, die in sehr dichten Lymphozytenmassen liegen. Zahlreiche erweiterte leere Lymphräume. Elastische Fasern fehlen bis auf geringe Reste. Talgdrüsen finden sich nicht. Von Schweißdrüsen sind einige Reste in Rundzelleninfiltraten vorhanden. Bakterien sind nicht nachweisbar.

7. 24jähriger Telegraphist, der seit dem achten Lebensjahr (1908) an ständig rezidivierenden Furunkeln litt, die in den letzten Jahren zu ausgebreiteten, flächenhaften, serpiginösen, granulierenden Herden wurden. Innere Organe: Alte Lungentbc. Abgeklungen. Sonst o. B.

Haut: Körper weist zahlreiche Narben auf. Im Gesicht zahlreiche Komedonen. Am linken Unterarm, linken Knöchel und Fuß und am rechten Oberschenkel ausgedehnte serpiginöse, krustenbedeckte Herde. Nach Entfernung der Krusten bemerkt man starke Unterminierung der Haut. Auf Druck entleert sich aus zahlreichen Fistelöffnungen eitrige Flüssigkeit.

WaR —, Pirquet schwach +, Trichophytinreaktion —, SGR —, MTR —. Im Abstrichpräparat Staphylokokken. Kultur auf Sabouraudnährboden und Serumbouillon Staphylococcus albus. Meerschweinchen subkutan: —, Ratte intraperitoneal: —. Blutkultur —.

Während der Behandlung erneutes Auftreten oben beschriebener Ulcera. Aus einem geschlossenen Herd wiederum Staphylococcus albus hämolyticus. Kaninchenimpfung unter die Bauchhaut mit 1 ccm Blaseninhalt ergibt nach fünf Tagen Tumor. Aus dem Knoten wird wiederum Staphylococcus albus gezüchtet. Agglutination des Patientenserums auf Staphylococcus albus bis zur Verdünnung 1:160. Blutkultur abermals negativ.

Histologisch: Unregelmäßige Epidermiswucherung und hochgradige Infiltration des Kutis mit Lymphozyten und Plasmazellen. Sämtliche Ge-

fäße zeigen erhebliche Wandverdickung und eine starke Schwellung des Intimaendothels. Die elastischen Fasern sind im Geschwürbereich völlig geschwunden. Kokken finden sich im Präparat bei Gramfärbung nicht.

Komplementablenkung mit Leukogen +.

8. 42jähriges Frl., in schlechtem E. und K. Z. Innere Organe o. B. Beginn der Erkrankung vor etwa fünf Wochen mit einer Eiterpustel auf der rechten Brustseite, die aufbrach und sich zu einem handtellergroßen Geschwür entwickelte. Das Geschwür ist mit schlaffen Granulationen bedeckt und zeigt einen stark eitrigen Grund. Aus dem weit unterminierten Rand läßt sich Eiter herausdrücken.

WaR —, SGR —, Urin o. B. Pirquet —.

Blut: o. B. Blutbild: Polynukleäre: 68%, Mononukleäre: 6%, Lympho: 25%, Eos: 1%. Im Ausstrichpräparat zahlreiche grampositive Kokken, Lymphozyten und Detritus. Kulturell: Staphylococcus albus hämolyticus. Ratten- und Meerschweinchenimpfung negativ. Subkutane Impfung eines Kaninchens ergab nach drei Tagen einen eitrig infiltrierten Knoten, aus dem sich wieder ein hämolytischer Streptococcus albus züchten ließ. Das Serum der Patientin agglutinierte bis zur Verdünnung von 1/2500 diese Kokken.

Während der Behandlung im Krankenhaus Auftreten einer Reihe gleicher Geschwüre an verschiedenen Körperstellen. Septische Temperaturen. Im Blut konnte kulturell Staphylococcus hämolyticus albus nachgewiesen werden. Auftreten von Erythema exsudativum multiforme an beiden Handgelenken. Trotz unvollständiger Heilung Entlassung auf eigenen Wunsch.

Histologie: Abszeßbildungen, die vorwiegend aus Lymphozyten und gewucherten Bindegewebszellen bestehen. Von Schweißdrüsen finden sich nur kaum erkennbare Reste. Im Gebiet der eitrigen Durchsetzung einige Kokken.

Dermatologische Zeitschrift
Kaminsky, P. G., T. S. Melmann
Knochenaffektionen bei chronischer Pyodermie

Wegen der Seltenheit der Fälle wird eine in der Hautklinik des Medizinischen Instituts zu Winiza gemachte Beobachtung ausführlich geschildert.

22jähriger Bauer, dessen Erkrankung am linken Unterschenkel mit kleinen Eiterbläschen begann. Die Eiterbläschen heilten ab, kamen aber wieder. Nach einjährigem Bestehen traten auch auf der Streck- und Beugseite des rechten Unterschenkels Eiterbläschen auf. Wieder ein Jahr später zeigten sich die Eiterbläschen auch auf den Seitenflächen der Schenkel, dem Gesäß und den oberen Extremitäten. Die Röntgenuntersuchung ergab folgenden Befund: Beide Tibiae zeigen über die ganze Diaphyse hinweg periostale Aufschichtungen. Die Kortikalschicht im Bereich der Krista anterior ist verdickt, sklerosiert, z. T. ossifiziert, der Knochenmarkskanal etwas getrübt. Die Diaphysen der Fibulae zeigen an beiden Unterschenkeln periostale Wucherungen mit unebener Oberfläche. Am linken Unterschenkel sind letztere im mittleren Drittel der Diaphyse durch ein helles Streifchen von der Kontur der normalen Korticalis getrennt. Die Knochenaffektion gleicht also einer Osteoperiostitis,

wobei das Periost am stärksten krankhaft verändert ist. Differentialdiagnostisch kommt bei der Knochenaffektion die Knochensyphilis und die Paget'sche Erkrankung in Frage. Das Miteinandervorkommen von chronischer Hauteiterung und Knochenmarksveränderung wird durch diese Beobachtung bestätigt. Es wird als ursächliche Einheit aufgefaßt.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
New-England dermat. soc. 9. 2. 27
Lane
Staphylococcic infection

12jähriger Knabe mit Aussaat zahlreicher papulöser Efflorescencen über den ganzen Körper, die in immer erneuten Schüben auftraten. Primärherd am Fuß vor 15 Monaten. Bisher keine therapeutischen Erfolge.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Ostrowski
Pyodermia chronica

50jähriger Mann. Hautveränderungen angeblich seit einigen Jahren. An Stamm und Extremitäten in verschiedenen Stadien befindliche Knoten und größere, bis hühnereigroße Herde. Histologische bzw. bakterielle Befunde sind leider nicht angegeben.

Archiv für Dermatologie und Syphilis
Prof. Dr. A. Tischnenko und Dr. A. Kroiczik
Zur Frage der Pyodermia chronica serpiginosa

1. 58jährige Haushälterin leidet seit sechs Jahren an Abszessen am ganzen Körper, die wiederholt chirurgisch angegangen wurden. Bei der Aufnahme zwei handtellergroße Herde chronisch entzündlichen Charakters am linken Schulterblatt und im Gebiet des linken Schlüsselbeines. Sie sind erhaben, lividrot und von zahlreichen kirschkern- bis markstückgroßen Geschwüren bedeckt. Zahlreiche Eiter entleerende Fisteln. WaR —, Pirquet —. Kultur: wenig Staphylococcus pyogenes. albus, viel aureus. Blut o. B. Urin: A: 6‰, sonst o. B. Innere Organe o. B.
Histologie: Teils Fehlen, teils Hyperkeratose des Stratum corneum. Vermehrung der Schichten des Stratum granulosum. Stratum Malpighii ödematös durchtränkt, gewisse Akanthose. Zwischen den Epidermiszellen gewisse kleinzellige Infiltration. Hauptpapillen etwas vergrößert, leicht infiltriert. Sehr starkes Infiltrat im Stratum reticulare aus lymphoiden, plasmatischen, epitheloiden und einer großen Anzahl von Riesenzellen (vom Typ Langhans). Im Infiltratgebiet sind die elastischen Fasern zerstört. Hier keine Drüsen und Follikel. Lymph- und Blutgefäße sind erweitert. Heilung.

2. 40jähriger Landwirt. Seit zwei Jahren krank. Zuerst kleines Geschwürchen an einer zerkratzten Stelle am linken Unterschenkel, das sich ständig vergrößerte.

Am linken Unterschenkel zwei handtellergroße Herde, livid gefärbt, mit zahlreichen tiefen, Eiter absondernden, fistelnden Geschwüren.

Innere Organe o. B.

Pirquet schwach +, WaR: —, subkutane und intraperitonale Verimpfung von Gewebstückchen ergab keine Tbc.

Kultur: Staphylococcus pyogenes aureus. Blut o. B. Urin: o. B. Histologisch wie Fall 1.

3. Sehr elende, kachektische Frau, seit drei Jahren krank. Beginn mit einem kleinen Abszeß auf dem linken Fußrücken, verursacht durch Reibung des Schuhes.

An Stelle des Abszesses bildete sich ein kleines Geschwürchen, das sich allmählich über den ganzen linken Unterschenkel ausbreitete. Fast gleichzeitig entwickelte sich dasselbe Bild am rechten Unterschenkel und in der linken Leistengegend. Die Herde sind von zahlreichen mark- bis dreimarkstückgroßen Geschwüren von bläulichroter Farbe bedeckt. Zahlreiche Fistelgänge. Pirquet: , WaR:—, Eiterausstriche aus geschlossenen Herden: Staphylococcus pyogenes aureus, einzelne Streptokokkenkolonien. Gewebsimpfung ergab keine Tbc. Kultur: Staphylococcus pyogenes aureus. Innere Organe o. B. Blut: Rote: 5 400 000, sonst o. B. Urin o. B. Histologie siehe oben. Heilung.

The british journal of dermatology and Syphilis, 1929
Smith, I. F.
On a form of chronic pyodermie. (Über eine Form chr. Pyodermie)

Smith berichtet über drei Fälle. Bei zweien saßen die Prozesse an den Händen bzw. Handgelenken. Beim dritten im Gesicht. Histologische bzw. bakterielle Befunde liegen leider nicht vor.

Annales de Dermatologie et de Siphiligraphie, 1930
Mrongovius, W. L.
Pyodermia chronica abscedens et suffodiens

Beginn der Erkrankung bei 53jährigem Landarbeiter vor drei Jahren im Gesicht und Nacken. Später Ausdehnung auf Hals, Brust und Rücken. Schwellung und starke Narbenbildung im Gesicht. Dadurch Unmöglichkeit den Mund zu öffnen. Starre Infiltration der Brust- und Rückenhaut. Kraterförmige Öffnungen, aus denen sich auf Druck Eiter entleert. Die ganze Haut ist von Eiter unterminiert. Exitus infolge Kachexie. Histologische bzw. bakterielle Befunde wurden leider nicht erhoben.

Russkij westnik Dermatologii, 1930
Mrongovius—Minsk
Zur Frage der chronischen Pyodermie
(Pyodermia abscedens et suffodiens)

Beschreibung eines der Acne conglobata ähnlichen, aber sich durch Fehlen von Comedonen, wie Comedonarben und Ulcerationen von derselben unterscheidenden und mehr einer Perifollikulitis capitis abscedens et suffodiens E. Hoffmann entsprechenden Falles. Es bestanden aber auch Unterschiede gegenüber letzterer in der Lokalisation wie in der — nicht nur perifollikulären, sondern auch unabhängig von den Follikeln entwickelten Erkrankung. Ätiologisch wuchsen Streptokokken und Staphylokokken. Bei Impfung auf Meerschweinchen entstanden Abszesse, die zwar bald abheilten, aber doch den Tod der Tiere im Laufe von drei Monaten nach sich zogen. Ein Meerschweinchen und ein Kaninchen bleiben trotz intraperitonealer Überimpfung gesund.

Tbc.-Bazillen werden nicht gefunden. Der 54jährige Patient ging ein. Der Verfasser nennt die Erkrankung Pyodermie abscedens et suffodiens.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Broers, I. H.
Pyodermia chronica papillaris et exulcerans
(Niederländische dermatologische Vereinigung Amsterdam)

60jährige Patientin. Vor neun Jahren traumatisches Geschwür am linken Unterschenkel. Heilung nach zwei Jahren. Seitdem zahlreiche größere und kleinere Geschwüre an beiden Unterschenkeln. Einzelne heilten unter Narbenbildung. Die meisten zeigten Neigung zur Ausdehnung.

Histolgisch: Entzündung. Bakteriologisch: Reinkultur von Staphylococcus aureus.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Felsenthal, Wilh.
Innere Abt. der städt. Krankenanstalt, Mannheim
Staphylococcensepsis

Verfasser berichtet über 20 Fälle, bei denen Hautverletzungen zu Staphylococcensepsis führten, die wiederum Metastasen in der Haut hervorriefen. Ebenso bemerkt Verfasser bei Herden im Knochenmark Metastasen in der Haut.

Während die meisten Forscher betonen, Metastasen in der Haut entständen vor allem bei endocarditischen Herden, sah F. bei 15 Endocarditiden nur fünfmal die äußere Körperdecke in Mitleidenschaft gezogen.

Dermatologische Wochenschrift
Broers, I. H. — Haag
Pyodermia chronica papillaris et exulcerans

60jährige Frau, zehnjähriger Bestand und starke Verbreiterung der Effloreszencen und Geschwüre. Histologischer und bakterieller Befund fehlen.

Dermatologische Wochenschrift
Wiedmann
Pyodermia chronica papillaris et exulcerans

48jährige Patientin, vor fünf Wochen im Anschluß an eine Verletzung im Rücken der linken Hand schmerzhafte Schwellung und Rötung mit unebener papillärer Oberfläche. Lymphangitis und Lymphstauung bis zur Axilla. Histologisch: Akanthose, Hyperkeratose, diffuse, aus Lymphozyten aufgebaute Infiltration der Kutis.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Japanisch-dermatologische Tochtergesellschaft Fukuska
Miazeti, Morosokis
2 Fälle Pyordermia chronica papillaris et exulcerans

Bei einem 69jährigen Mann trat ein Abszeß nach einer Verletzung am rechten Handrücken auf. Am rechten Unterschenkel bildete sich dann eine ähnliche Erscheinung.

56jähriger Beamter bekam einen chronisch verlaufenden Abszeß am rechtem Gesäß. Abszeß mit Fisteln im Gesicht und am rechten Oberarm.

Dänische dermatologische Gesellschaft. 259. Sitzung v. 3. 10. 34
Haxthausen, H.
Pyodermia chronica vegetans

Früher gesunder 45jähriger Mann hatte vor einem Jahr das gleiche Leiden. Auch am linken Oberschenkel. Vor zwei Monaten entwickelten sich an der rechten Hüfte ein beulenartiger ulcerierender Ausschlag, der sich über das ganze Abdomen in Form einer eiternden Wundfläche, 30/10 cm, ausbreitete. Diese Veränderung ist unregelmäßig, scharf konturiert und besteht aus zahlreichen linsen- bis erbsengroßen, dunkelroten Excoriationen, deren Rand geschlossen fortlaufend durch einen Epidermisring gebildet wird, ferner aus purulenten und unregelmäßigen Blasen. Die Propagation geschieht am linken Rande der Affektion, der größere Blasen aufweist, sehr empfindlich, stark infiltriert und rot ist. Keine nennenswerte Düsenschwellung, keine deutlichen Allgemeinsymptome (Temperatur höchstens 38°). WaR: —. Verabfolgung von Brom oder Jod ist nicht vorhergegangen. Bakterienzüchtung ergab nur Staphylokokken.

Dermatologische Wochenschrift
Pierni, Luis, E.
Pyodermitis vegetans

5jähriges Mädchen. Seit der Geburt an der Innenseite des rechten Oberschenkels rötliche verstreute Flecke, die aller Behandlung trotzten und sich weiter nach der Scheide zu und nach unten ausbreiteten. Auch die Außenseite ist etwas ergriffen. Der Herd ist deutlich begrenzt, doch ohne entzündlichen Wall. Die Oberfläche ist unregelmäßig, warzig, papillomatös, leicht blutend, rötlich; eine Infiltration besteht nicht. Berührung ist ziemlich schmerzhaft. Reichlich Fluor, Schleimhaut unregelmäßig grau, mit kleinen warzigen Erhebungen und unregelmäßig gestalteten Erosionen bedeckt. Starker Fötor und Juckreiz. Klinisch sonst o. B. Geweblich vorwiegend Verletzung der Epidermis, Parakeratose, Akanthose, Malpighstellen geschwollen und ausgehöhlt. Leichte Infiltration des Unterhautzellgewebes. Im Stratum granulosum Bildung von kleinen Abszessen. Verschmälerung der elastischen Fasern. Keine Neubildungen, keine Gefäßinfiltration.

Dermatologische Wochenschrift
Lutz, W., Basel
Chronische, ulceröse, serpiginöse Pyodermie

68jährige Patientin erkrankt 1930 an einem chronischen infiltrierten Herd, der mit Heilungsintervallen im Laufe der Jahre über Oberschenkel, Unterschenkel, Gesäß, Lendengegend, Abdomen bis hinauf auf die Brust wandert, und peripher weiterschreitend schließlich mit Narbenbildung abheilt. Guter Behandlungserfolg mit Desitin-Unguentolansalbe.

Österreichische dermatologische Gesellschaft. Sitzung vom 14. 11. 35
Fuß
Pyodermia papillaris et exulcerans (E. Hoffmann)

39jährige Frau. Im Anschluß an eine Eiterung über den medialen und lateralen Partien des rechten Unterschenkels wenig schmerzhafter,

serpiginös fortschreitender Herd. An der Peripherie schwammige, lividrote papillär-verrucöse Infiltrate, zwischen denen Ulcerationen mit unterminierten Rändern und höckerigem Grund bestehen. Im Zentrum eine teils glatte, teils gestrickte depigmentierte Narbe. Interner Befund: Rest einer alten Apicitis. A. T. 1/1000 intrakutan: Mäßig starke Lokalreaktion. Blutserum und Luotest negativ. Bakteriologisch: Staphylokokken. Histologisch: Epidermis verbreitert, parakeratotische Hornschicht, zapfenförmige Wucherungen des Rete. Im oberen Anteil der Kutis erweiterte Lymph- und Blutgefäße. Im übrigen das Korium vorwiegend herdförmig von Rund-, Bindegewebs-, Plasma- und vereinzelt auch Riesen sowie eosinophilen Zellen durchsetzt. Abszeßbildungen.

Dermatologische Wochenschrift
Universitätsklinik Fr. i. Br.
Stühmer
Chronisch vegetierende Pyordermie der Inguinalbeugen

Bei einem 36jährigen Mann trat vor zwei Jahren zuerst ein Wundsein in der Leistenbeuge auf. Salbenbehandlung brachte keine Besserung. Die Erscheinungen nahmen vielmehr stark zu. Zunächst wurde im Oktober 34 auf Grund eines angeblich + Spirochätenbefundes bei negativem Wassermann eine Lues angenommen. Spezifische Behandlung blieb ohne Erfolg. Unter dem Verdacht einer Lymphogranulomatose inguinalis kam der Patient in die Klinik.

Befund: In beiden Leistenbeugen flächenhaft erodierte, geschwulstähnliche Massen, die mit steilem Rand etwa 3—4 mm über die Oberfläche emporragen. Starke, übelriechende Sekretion. Beim Auseinandernehmen der Falten starke Schmerzen durch Einreißen tiefer Gewebsbrücken und Verklebungen. Nach dem Damm zu läuft die Affektion beiderseits aus in hahnenkammähnliche, grobe Wülste, die z. T. überhäutet sind, z. T. erodiert erscheinen. Keine Drüsenbeteiligung. Lues wurde auf Grund der Vorgeschichte und des Blutbefundes ausgeschlossen. Frei'sche Reaktion war negativ, was bei einer fehlenden Drüsenbeteiligung auch eine Lymphogranuloma ausschließen ließ. Histologisch: unspezifische Granulationsgewebe, hie und da epitheloide Zellstrukturen ohne Riesenzellen.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Markovic
Pyodermia chronica

31jähriger Mann. Vier Monate nach leichtem Trauma Auftreten von Eiterungen.

Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Piucovic
Pyodermia cronica papillaris et exulcerans

Herd an der Extensorenseite des linken Unterarms. Später Pyodermien an beiden Wangen.

Eigener Fall

Fam.-An.: o. B.

Eigen-An.: Am 13. 2. 1915 komplizierter Oberschenkelbruch links durch Umkippen einer Lore. Vom 13. 2. 1915 bis 19. 2. 1916 im Krankenhaus Hameln. Linkes Bein 4½ cm verkürzt. Kniegelenk mäßig versteift.

Am 5. 1. 1931 Fisteleiterung am linken Oberschenkel. Vom 15. 1. 1931 bis 13. 2. 1931 im Friederickenstift, Hannover: Entzündung durch Sequester.

Am 2. 11. 1931 bis 4. 2. 1932 Entfernung der Sequester. Weichteilabszesse in der Narbe. Inzision. Erysipel, Ulcerationen und Pyodermien am Unterschenkel links. Rechter Unterschenkel: Ekzem auf Zirkulationsstörungen beruhend (Varizen). Rheumatische Beschwerden in der rechten Schulter.

15. 2. 1932 multiple Ulcera am linken Unterschenkel, als Unfallfolge angesehen (Dr. Gerlach).

12. 10. 1933 dauernd Geschwüre. Diagnose: Furunkulose.

18. 6. 1934 Nierenbecken- und Gallenblasenentzündung.

2. 5. 1935 Kreiskrankenhaus Hameln: Metastatischer paranephritischer Abszeß. Operation.

Jetzige Anamnese: Seit 1935 in ununterbrochener Folge Geschwüre, unter Wärme leichte Besserung.

Status Präsens: Mittelgroßer Mann in ausreichendem Ernährung- und Kräftezustand.

Rachen o. B.

Innere Organe: Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne leise, rein. Puls gut fühlbar.

Lungen perkutorisch o. B., auskultatorisch: vesikuläres Atmen.

Bauchorgane: Leber unter den Rippen tastbar.

Extremitäten: An der Haut des linken Oberschenkels finden sich mehrere Operationsnarben, die reizlos sind. Das linke Kniegelenk zeigt Schwellung mäßigen Grades. Die Bewegung ist eingeschränkt.

Haut: Über den ganzen Körper verstreut finden sich zahlreiche braune pigmentierte Narben von Pfennigstück- bis Handflächengröße. Außerdem zahlreiche oberflächliche Ulcerationen, die z. T. mit Borken belegt sind. An der rechten Halsseite besteht eine Schwellung mit brettharter Infiltration und geröteter Haut, auf der einige kleine Ulcera vorhanden sind.

An beiden Unterschenkeln, am Stamm und an beiden Armen finden sich subkutane Blutungen, in der rechten Nierengegend sieht man eine eingezogene Operationsnarbe.

Behandlung und Verlauf:

Es handelt sich um über den ganzen Korper verstreute Pyodermien, eine tiefe Phlegmone, die am Halse ein Ausbreiten zum Mediastinum erkennen läßt. Die seitlich am Hals befindlichen Ulcera vertieften sich und sezernierten stark.

Lokalbehandlung:

Unter Abdeckung der Umgebung mit Zinkpaste wurden feuchte Verbände und 3% Borsalbe gegeben.

Allgemeinbehandlung:

Solutio kalii jodati dreimal täglich einen Eßlöffel.

I. V. drei Prontosilinjektionen á 5 ccm.

Die Temperatur zeigte septische Zacken unter Ansteigen der Höchsttemperatur. Der Allgemeinzustand war bis zum vierten Behandlungstage gut, abends trat eine Verschlimmerung ein. Am fünften Behandlungstage verschlechterte sich der Allgemeinzustand zusehends. Es wurden verabfolgt: zweimal 1 ccm Cardiazol, zweimal 5 ccm Coramin, dreimal 10 Tropfen Digalen. Am fünften Behandlungstage trat unter zunehmender Herzschwäche um 18,15 Uhr der Exitus ein.

Sektionsprotokoll

Leiche eines mittelgroßen 60jährigen Mannes.

Die Haut zeigt im Bereich der Extremitäten zahlreiche Pigmentierungen und atrophische Bezirke. Der linke Oberschenkel ist verkürzt, oberhalb des Knies sind drei unregelmäßig gestaltete Operationsnarben von 10—12 cm Länge. Auf der Rückenhaut, mitten auf der Brust und am Halse finden sich mehrere markstückgroße Hautulcerationen mit schmierig belegtem Grund. Die Brusthaut ist mit Zinkpaste bedeckt, stark geschwollen. Fleckige, pigmentierte Narben an der Innenseite beider Oberschenkel Auf dem Rücken zahlreiche, ulcerierte Hautbezirke. Auf der rechten Seite des Rückens ist eine quergestreifte Narbe von 12 cm Länge sichtbar. Die Haut ist hier vorgewölbt Fragliche Operationsnarben am Mons pubis. Aus der Wunde am Hals läßt sich Eiter herausdrücken. Das Präputium ist blaurot, stark geschwollen. Auf der Innenseite der Vorhaut sind Ulcerationen sichtbar, auf der Glans eine von Markstückgröße. Die Brustwand läßt bis in Höhe der 4. Rippe ein beträchtliches eitriges Exsudat aus der Schnittfläche abfließen. Aszendierend und fistulös ist die Phlegmone in der vorderen und linken Halsseite.

In der freien Bauchhöhle erkennt man im Bereiche der inneren Leistengrube Bauchfellnarben, die offenbar von Bauchoperationen herrühren. Zwerchfellstand rechts und links zwischen der 3. und 4. Rippe. Im Mediastinum findet sich eine ähnliche Phlegmone wie an der Brustwand im Unterhautzellgewebe.

Die linke Pleurahöhle ist frei, bzw. zeigen die Pleurablätter nur ganz frische abstreifbare Fibrinbeläge. Oberflächlich zahlreiche Blutungen (punktförmig). In der rechten Pleurahöhle ist außer einer strangförmigen

Verwachsung mit der Lunge, trübes Exsudat von etwa 200 ccm Menge enthalten. Der Fibrinbelag auf den beiden Pleurablättern ist entsprechend stark ausgebildet.

Im Unterbauch finden sich Verwachsungen des Sigmoids.

Hals und Brustorgane: Die Follikel des Zungengrundes und der Tonsillen sind flach.

Die Schleimhaut der Speiseröhre ist glatt und blaß.

Die Schilddrüse ist etwas groß, glasig, gekörnt. Einige erbsengroße Zysten. Die Lungen sind überaus blutreich, der rechte Unterlappen ist luftarm, während die übrigen Lungenpartien gebläht sind. Die Schnittfläche der übrigen Bezirke ist rot und glatt. Im Bereich des rechten Unterlappens sieht man läppchenförmig angeordnete grau hepatisierte Bezirke. Die Bronchien und die Luftröhre sind hoch gerötet und mit Eiter gefüllt.

Das Herz entspricht an Größe der Leichenfaust. Es ist rechts stark dilatiert. Ventrikeldicke rechts 3—4 mm, links 8 mm. Die Klappen des Herzens sind durchgängig, zart. Sehnenfäden nicht verkürzt. Das Endocard weist keinerlei Auflagerungen auf. Das Herzfleisch ist blaßbraun, schwielenfrei. Die Kranzarterien sind durchgängig, dem Alter entsprechend leicht verdickt, jedoch praktisch glatt.

Bauchorgane: Die Milz wiegt annähernd 660 g, sie ist strangförmig mit dem Zwerchfell verwachsen, ihr Serosaüberzug ist entsprechend verdickt. Ihre Maße sind: 9/11/6 cm. Die Konsistenz ist mittelderb. Auf dem Schnitt hat sie eine fleckige, graurote Pulpa. Die linke Niere ist vergrößert, läßt sich etwas schwierig entkapseln. Die Oberfläche ist wechselweis gekörnt und glatt. Das linke Nierenbecken und der Harnleiter sind schmal und glatt. Die Niere hat eine braunrote Farbe, sie ist im übrigen ausgesprochen trüb.

Beim Herausnehmen der rechten Niere stößt man auf sehr derbes Harngewebe. Sie ist nur mit dem scharfen Messer herauszuschneiden. Das Nierenlager ist in den erwähnten Schwielenbezirk einbezogen. Die Niere ist nur mit Substanzverlust aus der Kapsel zu lösen. Sie ist wesentlich kleiner als die andere. Auf dem Schnitt klaffen die Arterien. Es besteht eine allgemeine Trübung des Parenchyms. Das rechte Nierenbecken ist etwas erweitert, nicht verdickt. Die Nebennieren beiderseits sind stark in Fettgewebe vergraben, etwas *faul,* nach ihrer Beschaffenheit im übrigen der Norm entsprechend.

Der Lendenteil der Aorta ist ziemlich glatt, dem Alter entsprechend verdickt und unelastisch.

Der Magen ist narbenfrei. Das Duodenum enthält zahlreiche Schleimhautblutungen. Die Galle ist dünnflüssig. Die Gallenwege sind frei, weit, dünnwandig, hellgelb. Die Gallenblase enthält vier erbsengroße maulbeerförmige Steine. Das Pancreas ist großlappig, weich. Die Leber ist sehr brüchig und trübe. Nach Art der Fett- und Stauungszeichnung. Hoden und Nebenhoden sind blaß.

Die Schleimhaut der Harnblase ist ausgesprochen rötlich verfärbt (Prontosil). Samenblase ist dünnwandig. Prostata nicht vergrößert. Im Rectum ist weicher Kot enthalten. Am Anus ist ein Kranz erweiterter Arterien sichtbar.

Das linke Kniegelenk zeigt eine sehr starke Entstellung der Gelenkflächen. Die umgebende Muskulatur des Oberschenkels ist überall narbig.

Schädel: Die Kalotte ist 1—2 cm dick. Die harte Hirnhaut ist mäßig gespannt, innen blaß. Die weichen Hirnhäute haben einen mittleren Flüssigkeitsgehalt. Arterien der Schädelbasis mäßig verdickt, glatt, durchgängig. Die Ventrikel sind wenig erweitert. Alle Schnittflächen durch das Gehirn sind feucht. Nirgends Veränderungen der Zeichnung.

Histologischer Befund

Die beigegebenen histologischen Präparate zeigen an charakteristischer Stelle das Zugrundegehen der epithelialen Hautbekleidung. Es liegt also da das Symptomenbild eines Geschwürs vor. Diese Hautpartien, die den Geschwürgrund bedingen, zeigen eine in der Hauptsache aus Leukozyten, aber auch Lymphozyten bestehende, sehr dichte Infiltration, die ziemlich scharf gegen das subkutane Gewebe abgesetzt ist. Solche Infiltrate finden sich auch an den Stellen der Kutis, die diesen Geschwüren benachbart ist. Hier ist die Infiltrationszone der Kutis von Epithelmassen bedeckt, die aber auch zuweilen schon in Abstoßung resp. andersartiger Veränderung begriffen sind. Im weiteren Verlaufe hören dann diese Infiltrationszonen der Kutis auf und gehen langsam in entzündungsloses Gewebe über. Eine besondere Beteiligung der Schweißdrüsen und Haarfollikel ist in unserem Präparat nicht zu erkennen, es sei denn, daß in dem einen Bild ein Haarfollikel mit in der nekrotisch eitrigen Gewebszone stehen geblieben resp. von den infiltrativen Vorgängen umscheidet ist.

Ich bringe im folgenden mit dessen Einverständnis die *Stellungnahme des Herrn Prof. Dr. Nordmann*, path. Inst. des Krankenhauses Nordstadt, Hannover, der auf Ersuchen der Steinbruchberufsgenossenschaft folgendes Gutachten erstattete:

„Das Gutachten beruht auf der Kenntnis der Akten der Berufsgenossenschaft Seite 1—387 und dem Ergebnis der von mir selbst (Prof. Dr. Nordmann) ausgeführten Sektion.

Auf Grund dieser Unterlagen sind 15 Jahre nach dem Unfall, nämlich in dem Jahre 1931 Fisteln und Weichteilabszesse entstanden, die im Friederickenstift behandelt und als Unfallfolgen anerkannt wurden. Die Behandlung zog sich bis in das Jahr 1932 hinein. Ein Jahr später, im Mai 1933 wurden am Unterschenkel und Fuß Geschwüre festgestellt, die als indirekte Folgen des Unfalls gedeutet wurden. Auch wurde dieses durch Erhöhung der Rente anerkannt. F. wurde gleichzeitig invalidisiert. Der Arzt stellte bei dieser Untersuchung außer den Unterschenkelgeschwüren eine schwere Furunkulose fest, und zwar eine bösartige mit geringer Heilungstendenz.

Wieder ein Jahr später, im Mai 1934 ist F. Monate lang krank gewesen. Und zwar bettlägerig wegen einer Nieren- und Gallenblasenentzündung. September 1934 ist er wieder soweit hergestellt, daß er im Friederickenstift untersucht werden kann. In diesem Zeitpunkt ist die Hauterkrankung offenbar abgeklungen. Es finden sich nur noch Narben in der Haut, und zwar an beiden Beinen. Es findet sich aber auch die Angabe, daß er in den letzten Jahren hunderte von Geschwüren gehabt

habe. Im übrigen klagt er noch immer über Schmerzen in der rechten Nierengegend. Wiederum ein Jahr später, im Mai 1935 finden wir Feuerhake mehrere Wochen im Kreiskrankenhaus Hameln wegen eines Abszesses in der Umgebung der Niere, von dem der Arzt schreibt, daß er metastatisch gewesen sei. (Wahrscheinlich). Ein Zusammenhang des Unfalls mit diesem Nierenleiden wurde von der Berufsgenossenschaft nicht anerkannt, und die Anerkennung von F. auch nicht nachdrücklich gefordert. Anfang 1937, also zwei Jahre später, bekommt er wie schon so oft einen orthopädischen Schuh von der Berufsgenossenschaft. Wenige Tage vor seinem Tode kommt er in einem schweren Krankheitszustand in das Krankenhaus II. Hannover. Dort findet man über den ganzen Körper zerstreut Eiterungen und Geschwürbildungen und eine tiefgreifende eitrige Entzündung an der linken Halsseite und an der vorderen Brustwand. Im übrigen die Symptome der Blutvergiftung.

Die Zusammenfassung unseres Sektionsberichtes hat Herr Dr. Gattwinkel mit unserer Genehmigung bereits in seinem Gutachten der Berufsgenossenschaft mitgeteilt.

Dieser bestand in folgendem:

1. Unmittelbare Folgen des Unfalls: Mit Verschieben der Bruchenden geheilter linksseitiger Oberschenkelbruch mit zahlreichen Weichteilnarben in der Umgebung,

2. Übrige Befunde: Zahlreiche Hautnarben, Narben im rechten Nierenlager und Nierenrinde, frische Hautgeschwüre über dem ganzen Körper, Vereiterung der Halshaut und Brustwand, Vereiterung des Mittelfells und beider Brustfelle. Milzschwellung bei Blutvergiftung. Lungenentzündung im rechten Unterlappen.

Vier Steine in der Gallenblase.

Das Leiden des Karl Feuerhake hat seit seinem Unfall 1915 also folgenden bemerkenswerten Verlauf genommen:

Zunächst heilte der Oberschenkel mit Verkürzung und Verschiebung der Bruchenden in nicht ganz vorteilhafter Weise aus, so daß F. stets einen orthopädischen Schuh benötigte und er nie wieder voll erwerbsfähig wurde.

Nach 16 Jahren entstand 1931 an der Unfallstelle eine neue Komplikation, indem sich eine Fistel bildete, die im Friederickenstift herausgeschnitten wurde. Für einen Knochensplitter fand sich damals noch kein Anhaltspunkt. Aber wenige Monate später kommt es an gleicher Stelle zu umfangreichen Abszeßbildungen und Ausstoßung bzw. operativer Entfernung von abgestorbenen Knochensplittern. Im Anschluß an diese Leiden kommt es zu einer schweren Hautfurunkulose der Unterschenkel, an der F. Monate bzw. Jahre leidet.

In dieses Leiden schiebt sich eine sogenannte Gallenblasen- und Nierenbeckenentzündung ein. Die Gallensteine sind durch die Sektion bestätigt worden. Die Schmerzen in der rechten Niere halten aber an, bis er im Mai 1935 an einem Nierenabszeß operiert werden muß. Während das Nierenleiden in den Vordergrund trat, klangen die Hauterscheinungen ab. Nach der Operation im Mai 1935 erfährt man aus den Akten nur noch, daß die Hautgeschwüre mit geringer Unterbrechung immer wieder gekommen sind.

Der Sektionsbefund zeigt, daß diese Angaben des F. wahrscheinlich sind, denn es finden sich in der Tat Narben und frische Geschwüre in allen Altersstadien. Von einem dieser Geschwüre war eine ausgedehnte Brustwandeiterung ausgegangen, die durch Blutvergiftung zum Tode führte. Der Verlauf des Leidens des F. ist in der Tat bemerkenswert. Es kommt allerdings nicht selten vor, daß nach 10, 15 oder 20 Jahren Knochensplitter aus alten Brüchen unter Eiterung nach außen hervorbrechen, und auch Geschwürbildungen des verletzten Beines sind keine Seltenheit. Hier aber schloß sich in ununterbrochener Folge eine schwere Hautfurunkulose an, und als diese sich zurückbildete, eine Nierenvereiterung. Die Niereneiterung ist keineswegs als selbständiges Leiden aufzufassen, denn der Sektionsbefund zeigt, daß es sich dabei um eine auf dem Blutwege von der Hauteiterung aus entstandene Keimabsiedlung in der Niere gehandelt hatte. Nach der operativen Heilung dieser Niereneiterung, die also bestimmt Unfallfolge gewesen ist, haben die Hauteiterungen offenbar einen schleichenden Charakter angenommen, und es ist durchaus natürlich, daß daraus eine Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens erfolgte. Es wird in allen Gutachten auch betont, aber die Hautleiden pflegen nicht als so ernst betrachtet zu werden, daß man etwa Lebensgefahr in ihnen erblickte. Und doch bereitete das Hautleiden hier einer tötlichen Butvergiftung den Weg. Nach dem vorher Gesagten hat also der Unfall aus dem Jahr 1915 und seine erste große Verschlimmerung im Jahr 1931 wesentlich beim Zustandekommen des Todes gewirkt, denn ohne die gefährliche Abstoßung der Knochensplitter wäre die verhängnisvolle Hauteiterung nicht entstanden und rückfällig geworden, und ohne diese die Blutvergiftung nicht entstanden.

Zusammenfassend kann man etwa folgendes feststellen:

Bei dem vorliegenden Fall handelt es sich um pyodermitische Prozesse der Haut, die wohl zweifelsohne mit dem 1915 erlittenen Unfall in ursächlichem Zusammenhang stehen, haben doch früher Dr. *Gerlach* wie auch jetzt Prof. Dr. *Nordmann* in ihren gutachtlichen Äußerungen den gleichen Standpunkt vertreten. Nachdem der erwähnte Unfall eine Verkürzung des linken Beines mit Versteifung des linken Knies bewirkt hatte, fand der ganze Prozeß seinen vorläufigen Abschluß und ruhte, wenigstens nach den Angaben der Krankengeschichte, bis zum 15. 1. 1931, also volle 16 Jahre.

Nun beginnt ein neuer Abschnitt in diesem so wechselvollen Krankheitsgeschehen. In ununterbrochener Folge reiht sich Bild an Bild, Erscheinungen der äußeren Haut wechseln mit solchen der inneren Organe. Am linken Unterschenkel Erysipel, dann Ulcerationen, dann Pyodermien anderer Art. In der rechten Schulter treten rheumatische Beschwerden auf, die sicherlich der gleichen Genese sind wie die folgenden Krankheiten. Seit 1932 klagt F. dauernd über Geschwüre am ganzen Körper: Furunkulose. Man hat den Eindruck einer allgemeinen chronischen Sepsis, die in den folgenden Jahren als Nierenbeckenentzündung, Gallenblasenentzündung und paranephritischer Abszeß ihren Niederschlag findet. Auch die Furunkulose, die unter dem Einfluß der eben geschilderten Prozesse abklang, flammte mit überwältigender Heftigkeit

wieder auf. Am Halse bildet die Furunkulose Anlaß zu einer tiefen Phlegmone, die sich dann zu einer eitrigen Mediastinitis weiterentwickelt und so unmittelbar die Veranlassung zum Tode wird.

Der vorliegende Fall schien uns einerseits vor allem wegen der Dauer und Stärke seiner Hauterscheinungen der Aufzeichnung wert. Wenn wir die in der Literatur beschriebenen Krankheitsfälle, die wir oben anführten, mit unserem eigenen vergleichen, ergibt sich, daß unser Fall als ganz besonders refraktär betrachtet werden kann. Mit vielen Angaben aus der Literatur hat unser Fall die traumatische Genese gemeinsam, jedoch die äußerliche Entwicklung und Ausdehnung der pyodermitischen Prozesse geht weit über den Rahmen gewöhnlicher Hauteiterungen hinaus. Auf diese Weise konnte es auch geschehen, daß das Krankheitsbild einer chronischen Pyodermie nicht auf Anhieb diagnostiziert wurde, sondern man differentialdiagnostisch auch andere Möglichkeiten wie Erkrankungen des hämatopoetischen Systems (blutbildenden Apparates) in Erwägung zog. Weiter schien uns der Fall auch insofern von Bedeutung, als sich bei ihm während der langen Dauer des Bestehens innere Komplikationen entwickelten. So entstand bei dem Kranken unter anderem eine Eiterung des Nierenapparates, die vom pathologisch-anatomischen Begutachter des Falles als mit dem ganzen Prozeß im Zusammenhang stehend betrachtet wurde. Beachtenswert dünkt uns ferner die fistelnde und sequestrierende Knocheneiterung als Beginn und Anlaß des ganzen Geschehens, ist doch, wie *Glaubersohn* ausführt, bei chronischen Pyodermien die Beteiligung — außer der Haut — auch der anderen Gewebe und speziell des Knochengewebes absolut noch nicht erforscht und kommt nur selten vor. Die mikroskopische Untersuchung bietet gegenüber anderen Beobachtungen keine Besonderheiten es sei denn, daß wir in unseren mikroskopischen Schnitten Riesenzellen nicht entdecken konnten.

Bei der Betrachtung des Falles drängt sich zwingend die Frage nach der Ursache der Chronizität auf, obwohl doch mit der Entfernung des eiternden Sequesters die die Krankheit unterhaltende Ursache anscheinend beseitigt war.

Nach Prof. Dr. A. Tischnenko und Dr. A. Kroiczek sind die Ursachen, warum der Organismus auf das Eindringen von Entzündungserregern nicht mit akuter, sondern chronischer Entzündung reagiert, — wohl auch unser Fall? — Erschöpfung des Organismus — oft alte, unterernährte, anämische Individuen — veränderte Reaktivität der Haut und möglicherweise die Virulenzänderung der Mikroorganismen. Zum mindesten hat Dammann in seinem Fall eine Herabsetzung der Virulenz der Staphylococcus aureus und Streptococcus viridans-Stämme, welche die Pyodermien hervorgerufen haben, feststellen können.

M. M. Lewin, U.S.A., erläutert zu seinen an Kaninchen vorgenommenen Impfversuchen, daß die Neigung zu Rezidiven, die Hartnäckigkeit und Chronizität von Furunkulosen in erster Linie von der Virulenz der Staphylokokken abhängt. Diese Virulenz ist bei lokaler und disseminierter Furunkulose besonders groß und wird gesteigert

1. durch das Geschwür selbst
2. durch die Autoinokulation.

Auch die Erreger in der Umgebung eines Herdes zeigen eine erhebliche Virulenz im Vergleich mit Staphylokokken gesunder Haut. Die veränderte Reaktivität der Haut gegenüber den Staphylokokken betont neben *Damman, Tschernoguboff* auch *F. Dietel,* Erlangen.

Durch Untersuchungen von *Memmesheimer, Schade, Marchionini* und anderen wurde die Bedeutung des Hautsäuremantels hervorgehoben. Es ist klar, daß bei stark schwitzenden Menschen die Schutzfunktion der Haut gestört wird und es so zu einer äußeren Neigung zu Hauteiterungen kommen kann. *Schönfeld,* Heidelberg, führt als weitere Ursache für das Chronischsein von Pyodermien Überempfindlichkeit gegenüber Eitererregern an, wie auch *Hopkins,* Ney York, eine Sensibilisierung gegen Streptokokkus-Staphylokokkus annimmt. Er glaubt, daß am Ort gebildetes Staphylotoxin das Gewebe und seine Widerstandskraft schädigt.

Auch *Stursberg H.* entscheidet sich 1935 (Medizinische Klinik Nr. 14) in ähnlichem Sinne. St. glaubt im Gegensatz zu *Zumbusch,* daß das Überstehen einer Furunkulose eine erhöhte Anfälligkeit gibt und sieht die von *Zumbusch* bei Furunkulosen angeführten Immunsubstanzen als wenig wirksam an. Vielmehr verweist er auf den Selbstversuch *Garrès,* der sich als junger Arzt ein Staphylikokkenkultur in den Unterarm einrieb und bis in sein 70. Lebensjahr eine Neigung zu Furunkulbildung behielt.

Benedeck, Leipzig, wirft die Frage auf, ob etwa das Fehlen von Antilysinen im Blut der betreffenden Kranken in Fällen chronischer Pyodermie erst die Ansiedlung der Krankheitserreger ermöglicht.

Kumer denkt an die Möglichkeit einer Allergie, die einen veränderten Ablauf unter den geschilderten Bildern zur Folge hat, hervorgerufen durch geringfügige, öfters wiederholte eitrige Infektionen.

Welche von den geschilderten Ursachen als bei unserem Fall ausschlaggebend zu betrachten ist, ist schwer zu sagen, wohl das Zusammenspiel aller hat mit zu dem ausgedehnten Krankheitsbild beigetragen, das dann in seiner Unbeherrschbarkeit zu dem beklagenswerten Ende führte.

Irgendwelche bakteriologische oder serologische Untersuchungen wurden bei dem plötzlich foudroyanten Krankheitsverlauf leider nicht angestellt, aber auch so darf wohl nach dem ganzen Erscheinungsbild und dem histologischen Befund auf unspezifische Erreger (pyogene Kokken) geschlossen werden.

Wir hoffen, mit der Mitteilung unseres Falles einen kleinen Beitrag geliefert zu haben, wenngleich wir uns nicht verhehlen, daß die Frage der chronischen Pyodermie hinsichtlich Morphologie, Pathogenese und Histologie noch genauer erforscht und geklärt werden muß.

LITERATURVERZEICHNIS

Juan de Azua, Actas dermosifiliograficas 1911.
Broers, I. H., Arch f. Derm. u. Syph. 1930.
Christiansen, Sv., Dän. Derm. Ges. 1934.
Damman, Arch f. Derm. u. Syph. 1927.
Danel, Rev. fr. de Derm et Vén. 1931.
Dietel, F., Derm. Wschr. 1927.
Fuß, Zschr. f. Haut- u. Geschl.-Krht. 1936.
Grütz, Zbl. f. Haut- u. Geschl-Krht. 1926.
Hagen, Derm. Wschr. 1926.
Haxthausen, Derm. Wschr. 1930, Dän. Derm. Gesell. 1934.
Hopkins, Derm. Wschr. 1936.
Kaminsky, P. G., T. S. Melmann, Derm. Wschr. 1936.
Kogoi, Arch. f. Derm. u. Syph., 1930.
Kromayer, Rep. d. Haut- u. Gschl. Krht. 10. Auflage.
Kumer, Derm. Zschr. 1926.
Lane, New engl. derm. soc. 1927.
Lane, C., C. Strond, Zbl. f. Haut- u. Gschl. Krht. 1933.
Lutz, Derm. Wschr. 1936.
Marcozzi, Giorn. Ital. de Derm. et Sifil. 1932.
Marcovic, Zbl. f. Haut- u. Gschl. Krht. 1936.
Miazeti, Zbl. f. Haut- u. Geschl. Krht. 1933.
Milian, G. Kitchevatz, Derm. Wschr. 1927.
Memmesheimer, Derm. Wschr. 1929.
Ostrowski, Zbl. f. Haut- u. Geschl Krht. 1928.
Pierni, L.,Derm. Wschr. 1934.
Piucovic, Zbl. f. Haut- u. Geschl. Krht. 1936.
Riecke, Med. Kl. 1926.
Schönfeld, Derm. Wschr. 1936.
Stühmer, Derm. Wschr. 1936.
Stursberg, Derm. Wschr. 1929.
Tischnenko, Kroiczik, Derm. Zschr. 1927.
A. v. Verbizier, Derm. Wschr. 1927.
Wiedmann, Derm. Wschr. 1931.
Wolf—Mulzer, Lehrbuch d. Hautkr. 2. Aufl.
Zurhelle, Klein, Archiv f. Derm. u. Syph. 1925, 1926, Zbl. f. Haut- u. Gschl. Krht. 125, Derm. Wschr. 1926.

Zurhelle, Ruiter, Arch. f. Derm. u. Syph. 1932.
Felsenthal, Mittl. Grenzgeb. Med. u. Chir. 1930.
Borzow, Derm. Wschr. 1930.
Ternowenko, Derm. Wschr. 1930.
Glaubersohn, Derm. Wschr. 1927, 1934.
Iwanow, Sowetskij Westnik Ven. et Derm. 1932.
Kusnetz, Russkij Westn. Derm. 1930.
Mrongovius, Annal. de Derm. et de Siphil. 1930.
Paschkow, Schadkaratz, Feldmann, Derm. Wschr. 1934.
Tschernoguboff, Arch. f. Derm. u. Syph. 1925.
Diagn. Atlas d. Haut Krht. u. Syph.
Lehrb. d. Haut- u. Gschl. Krht.
Lehrb. d. Haut- u. Gschl. Krht. 6. Aufl.
Grundr. d. Dermatol.

LEBENSLAUF

Am 22. September 1910 wurde ich zu Veitshöchheim geboren. Vom 1. Mai 1917 bis 1. Mai 1922 besuchte ich in Veitshöchheim die Volksschule. Am 1. Mai 1922 trat ich in die 2. Klasse des Neuen Gymnasium, Würzburg, ein, wo ich auch am 10. April 1930 absolvierte. Im Mai 1930 immatrikulierte ich mich an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, wo ich am 5. November 1932 das Physikum und am 9. Januar 1936 das Staatsexamen bestand.

Vom 1. Februar 1936 bis 1. Mai 1936 war ich Medizinalpraktikant an der Universitäts-Hautklinik Würzburg, Prof. Dr. Ziesler. — Vom 1. Mai bis 1. Oktober 1936 am Krankenhaus II (Haut- und Geschlechtskrankheiten), Hannover, Prof. Dr. Stümpke, und vom 1. Oktober bis 1. Februar 1937 am Krankenhaus I, Hannover, Prof. Dr. Westphal. Am 1. Februar 1937 erhielt ich meine Bestallung als Arzt.

Vom 1. Februar 1937 bis 1. Juli 1937 war ich Volontärarzt am Krankenhaus Siloah, Hannover, Dr. Haverbeck, Innere Abteilung. Seit 1. Juli bin ich als Arbeitsfeldarzt beim Reichsarbeitsdienst, Rad-Gau XVIII, Hannover, Gruppe 182, Neustadt a/Rbge.

Verheiratet bin ich seit 19. März 1938.

In Partei und SA bin ich seit 28. November 1931.

Rudolf Albert